Vergaderjaar 2014–2015

31 765 Kwaliteit van zorg

Nr. 116 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 februari 2015

Als een knieoperatie in één keer slaagt is dat van grote waarde voor de patiënt, maar ook voor de samenleving. Een hersteloperatie is naar voor de patiënt en bovendien onnodig duur. Als de zorg van verschillende zorgverleners voor een diabetespatiënt goed op elkaar aansluit en er goed wordt samengewerkt, zijn er minder complicaties. Dat is belangrijk voor de patiënt en zijn gezondheid, maar scheelt ook in de kosten. Net als minder medische fouten door betere informatieoverdracht. En door aandacht voor preventie gaan mensen gezonder leven. Daardoor krijgen ze niet alleen hun gewicht, maar ook hun medicijngebruik omlaag.

Daarom zet het kabinet in op verbetering van de kwaliteit van de zorg en op duurzame betaalbaarheid van de zorg. In het belang van de patiënt en de premiebetaler. De hoofdlijnenakkoorden die met de zorgsector zijn gesloten, sluiten hier bij aan: de beperking van de groei van de uitgaven van de curatieve zorg gebeurt vooral langs de weg van kwaliteitsverbetering. Nu al is zichtbaar dat dit werkt. Nederland scoort hoog in internationale kwaliteitsvergelijkingen, zoals die van de European Health Consumer Index, de OESO en het Commonwealth Fund. Kwaliteit loont. Op deze weg willen wij verder.

Met de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (onderdeel van het wetsvoorstel 33 362, verbod verticale integratie) wilde het kabinet er voor zorgen dat kwaliteit en doelmatigheid van zorg bij het opstellen van inkoopcontracten de aandacht zouden krijgen die ze verdienen (Kamerstuk 33 362, nr. 48). Dit wetsvoorstel is door de Eerste Kamer verworpen. Het kabinet heeft in zijn brief van 18 december jl. aangegeven dat het een aangepast wetsvoorstel zal indienen. In het Tweede Kamerdebat dat daarop volgde is door een aantal leden gesuggereerd om een algemene maatregel van bestuur op te stellen waarin de vergoeding die verzekeraars geven buiten de gecontracteerde zorg, afhankelijk zou kunnen worden gesteld van de breedte van de polis: buiten een breed gecontracteerde polis (naturapolis) zou een lage

kst-31765-116
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

vergoeding mogelijk worden gemaakt, terwijl voor zorg die wordt afgenomen buiten een smal gecontracteerde polis (budgetpolis) een hoge vergoeding zou staan.
Het kabinet heeft beide opties serieus overwogen en beide opties verworpen. Voorop staat niet het middel, maar het doel: betere kwaliteit van zorg tegen lagere kosten. Het gebruikelijke traject van een nieuw wetsvoorstel neemt zo een aantal jaren in beslag. De doelstellingen – betere kwaliteit en betaalbaarheid – zijn te urgent om die tijd te nemen. De tweede optie is de AMvB. Daarvoor bestaat een wettelijke basis, waarbij het overigens niet zo is dat de beoogde aanpassing van artikel 13 langs deze weg geregeld zou kunnen worden.

Het kabinet heeft alle opties geïnventariseerd die resteren om de doelstellingen van het wetsvoorstel – betere kwaliteit zorg die betaalbaar blijft- te realiseren. Het kabinet kiest nu voor een ander, breder pakket aan maatregelen gericht op kwaliteitszorg die betaalbaar blijft voor iedereen, jong of oud, ziek of gezond, rijk of arm. De nu gekozen route kan niet oplossen dat er geen juridische helderheid bestaat ten aanzien van het hinderpaalcriterium en partijen de gang naar de rechter zullen blijven ondernemen.
Het pakket bestaat uit vier samenhangende onderdelen: (i) bevordering van contractering op kwaliteit, (ii) versterking van de (informatie)positie van verzekerden, (iii) betere kwaliteit van het zorgaanbod en (iv) meer evenwicht in de zorgsector. Stuk voor stuk maatregelen in het belang van de patiënt en premiebetaler, vandaag en morgen.

Bevordering van contractering op kwaliteit

Contractering is hèt vehikel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de betaalbaarheid te vergroten. De ruggengraat van het systeem, zoals wij dat sinds 2006 kennen en dat is overgenomen uit de Ziekenfondswet, is dat zorgverzekeraars afspraken maken over kwaliteit en prijs met de zorgaanbieders. Van groot belang is om de motivatie daarvoor hoog te houden bij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders, in het belang van patiënten en premiebetalers. Het risico bestaat dat de motivatie aan beide zijden afneemt, waardoor zowel de verbetering van de kwaliteit alsook die van doelmatigheid stokt. Daarom moet de prikkel om een contract met elkaar te willen sluiten worden vergroot. Hierop zijn de volgende maatregelen gericht.

Verzekerden

Verzekerden hebben belang bij hoge kwaliteit, goede service en een betaalbare premie. Iedereen heeft in Nederland recht op een door de overheid vastgesteld pakket aan zorg. Ongeacht de polis moet de verzekerde altijd binnen redelijke termijn en op redelijke afstand zorg krijgen. Dit geldt van de huisarts tot hoogcomplexe zorg, van acute zorg tot zorg waarvoor je kunt kiezen. Kiezen verzekerden voor een naturapolis, dan stimuleren ze de verzekeraar en de aanbieder om met elkaar afspraken te maken over kwaliteit, service en prijs. Als weinig verzekerden hiervoor kiezen, zal het middel van contractering voor verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verslappen. Dat is ten nadele van de verzekerde die meer gaat betalen voor kwalitatief mindere zorg. Het verplicht eigen risico (momenteel € 375) blijft bestaan.

Om het proces van contractering ook vanuit de verzekerden te bevorderen, wil het kabinet stimuleren dat er polissen ontstaan met een lager verplicht eigen risico als er gebruik gemaakt wordt van gecontracteerd

aanbod. [1] Een polis met een lager verplicht eigen risico is vooral aantrekkelijk voor mensen die denken hun eigen risico vol te maken omdat ze (veel) zorg nodig hebben, vaak van verschillende aanbieders. Zij hebben groot belang bij het goed verlopen van het zorgtraject (kwaliteit, informatie, doelmatigheid). Een lager eigen risico betekent bovendien minder ziektekosten en meer koopkracht. Daarmee worden betalingsproblemen verminderd en onnodig zorgmijden tegengegaan. Betere kwaliteit en betaalbare zorg gaan dan hand in hand, in het belang van de patiënt en de premiebetaler.

Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om zich te beperken tot het betalen van de rekening door restitutiepolissen aan te bieden. Als de verzekeraar zijn resultaat wil verbeteren door actief in te kopen, biedt hij ook naturapolissen aan. Het is aan de verzekeraar om de kwaliteits- en service voordelen van de naturapolis samen met de aanbieder beter voor het voetlicht van patiënten te brengen. Daarnaast kan de verzekeraar de naturapolis goedkoper aanbieden. De verzekeraar kan ook het verplicht eigen risico verlagen om patiënten te trekken voor zijn naturapolis. Als de verzekeraar dat doet, zal hij aantrekkelijker worden voor mensen die verwachten dat zij het eigen risico volmaken, mensen dus die (veel) gebruik maken van zorg. Daarop richten verzekeraars zich nu nauwelijks. Door een forse aanpassing van de berekening van de vereveningsbijdrage, die verzekeraars ex ante compenseert voor de samenstelling van hun verzekerdenbestand, zullen zij zich meer richten op het aantrekken van mensen die (veel) gebruik maken van de zorg in een dergelijke polis. Die verzekeraars die het aandurven chronisch zieken en kwetsbare verzekerden aan te trekken en aan zich te binden door zorg van goede kwaliteit te bieden, worden beloond. Ik maak extra middelen vrij voor onderzoek op dit terrein en de begeleiding ervan.

De vereveningssystematiek moet er voor zorgen dat er een gelijk speelveld is voor risicodragende verzekeraars en risicoselectie wordt voorkomen omwille van de solidariteit van het stelsel. De NZa geeft aan dat verzekeraars zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht, maar er bestaan indirecte vormen van risicoselectie die in de Zvw niet verboden zijn, maar niet passen in de geest van het stelsel. Ik heb op 2 december jl. de NZa gevraagd in het toezicht expliciet een aantal onderwerpen mee te nemen, waaronder risicoselectie.[2] De NZa onderzoekt of dergelijke marketing daadwerkelijk leidt tot indirecte risicoselectie. Tevens onderzoekt de NZa op polisniveau of er polissen zijn die erin slagen om winstgevende verzekerden aan te trekken en verliesgevende verzekerden af te houden, hoe dat werkt en welke marketing verzekeraars voor die polissen inzetten. De NZa heeft dit verzoek opgepakt en zal in zomer met resultaten van nader onderzoek komen. Ten aanzien van de vergelijkingssites laat ik de NZa nadere regels stellen over de controle door verzekeraars van de informatie op de vergelijkingssites.

---

[1] Dit is vastgelegd in een AMvB (Besluit zorgverzekering, artikel 2.17, tweede lid, op basis van artikel 21 van de Zvw). Verzekerden ontvangen kunnen een korting krijgen op het eigen risico voor de zorg die door de zorgverzekeraar is aangewezen (gecontracteerd is). Indien de verzekerde zorg gebruikt buiten de gecontracteerde polis is het eigen risico hier wel van toepassing. De vrijstelling kan ook worden benut voor de deelname aan bepaalde (preventie) gezondheidsprogramma's, en wordt daarvoor ook al toegepast.

[2] Brief aan NZa d.d. 2 december 2014 (zie bijlage 3, raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl).

Zorgaanbieders

Voor de zorgaanbieder moet het lonen om een contract met de zorgverzekeraar af te sluiten. In een contract worden allerlei eisen gesteld aan de aanbieder op het terrein van kwaliteit, het navolgen van richtlijnen, het bieden van service, over wachtlijsten, het al dan niet starten van nieuwe innovatieve projecten, hoeveel een aanbieder doet en ook wat hij niet meer doet. Een verzekeraar heeft feitelijk de taak om namens zijn verzekerde patiënten meer kwaliteit, meer service en meer zorg te vragen voor minder geld. Als het verschil tussen de vergoeding voor de geleverde zorg zonder en met contract met de verzekeraar onvoldoende is, wordt het aantrekkelijk voor de aanbieder om geen contract te sluiten. Het vergoedingsverschil wordt dan goedgemaakt door veel meer verrichtingen te doen. Door bijvoorbeeld minder kritisch te zijn op nut en noodzaak van een behandeling. Dit is een slechte ontwikkeling voor de kwaliteit van de zorg en is niet in het belang van de patiënt. De kwaliteitsagenda die wordt vertaald in contracten zal stokken. Daarnaast zullen budgettaire overschrijdingen niet lang op zich laten wachten.

De overschrijdingen worden in het huidige model door de overheid teruggehaald door de inzet van het macrobeheersingsinstrumentarium (mbi). Via het mbi worden overschrijdingen pondspondsgewijs teruggehaald, ongeacht of een zorgaanbieder een contract heeft of niet, ongeacht of een aanbieder binnen de afspraken in het contract is gebleven of niet. Het kan daardoor voor een individuele aanbieder lucratief zijn om juist zonder contract veel volume te draaien, de overschrijding wordt immers op de hele sector verhaald. Om deze perverse prikkel uit te schakelen wil ik de toepassing van het mbi gerichter inzetten op niet-gecontracteerde zorg. Zo wordt een prikkel ingebouwd om contractering te bevorderen, waardoor betere afspraken over kosten en kwaliteit kunnen worden gemaakt, in het belang van patiënt en premiebetaler.

Versterking van de positie van verzekerden

Meer inzicht in de kwaliteit van zorg

Om meer te kiezen op kwaliteit hebben patiënten meer inzicht in kwaliteit van het zorgaanbod nodig. In het kader van het jaar van de transparantie heb ik daarom met partijen concrete afspraken gemaakt zodat informatie over kwaliteit van de 30 meest relevante aandoeningen versneld beschikbaar komt. Om het tempo er in te houden zal het Zorginstituut voortvarend gebruik maken van doorzettingsmacht. Met zorgverzekeraars heb ik afgesproken dat zij voor deze aandoeningen alleen zorg zullen inkopen op basis van ontwikkelde kwaliteitsindicatoren. Ook worden dit jaar 300 richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen opgenomen in het register van het Kwaliteitsinstituut. Voor een groot deel van deze 300 wordt bovendien begrijpelijke informatie voor patiënten gemaakt.

In het jaar van de transparantie wordt niet alleen ingezet op het ontwikkelen van nieuwe informatie. Ik werk ook aan het beter vindbaar maken van bestaande informatie. Voor patiënten wordt daarom ondermeer www.kiesbeter.nl doorontwikkeld. Bovendien komen er doorlinken naar andere goede en betrouwbare websites voor de zoekende patiënt zoals www.zorgkaartnederland.nl en www.thuisarts.nl. Dit helpt patiënten het kaf van het koren te scheiden.

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ levert eind 2016 enkele tientallen zorgstandaarden op. Deze worden opgenomen in het Kwaliteitsregister. Daar waar deze ontwikkeling stagneert zal het Kwaliteitsinstituut actiever gebruik maken van de mogelijkheid doorzettingsmacht in te zetten.

Tenslotte vraag ik het Kwaliteitsinstituut nog dit jaar met de sector de uitkomstinformatie voor patiënten beschikbaar te maken.

Ik wil de samenwerking tussen het Kwaliteitsinstituut, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de Federatie Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en Zorgverzekeraars Nederland verder ondersteunen. Uitwerking volgt binnenkort in de agenda voor *«2015 het jaar van de transparantie in de zorg»*.

Meer inzicht in wat de polis biedt

Voor verzekerden is het belangrijk om inzicht te hebben hoe verzekeraars inkopen op kwaliteit. Ik neem de transparantie-eisen op het gebied van de inkoop van de zorgverzekeraar en polissen over uit het oorspronkelijke wetsvoorstel. Voor ieder kalenderjaar moet uiterlijk op 1 april voorafgaand aan dat jaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid bekend worden gemaakt en uiterlijk zes weken voor het contractjaar moet het gecontracteerde aanbod bekend zijn. Ook moet inzicht worden geboden in de wijze waarop zij bij de zorginkoop rekening hebben gehouden met de diversiteit van patiënten. Deze verplichtingen zullen via NZa-regels worden opgelegd aan de zorgverzekeraars en uiterlijk per 1-1-2016 in werking treden.[3] Ook de websites van de zorgverzekeraars zullen worden verbeterd zodat individuele verzekerden meer inzicht hebben in wat in hun polis inhoudt.

Meer invloed op de verzekeraar

Ik zal een AMvB maken om de invloed van verzekerden op verzekeraars te vergroten.[4] De vertegenwoordiging van verzekerden krijgt de bevoegdheid om invloed uit te oefenen op het algemene beleid en de algemene gang van zaken alsook op het inkoopbeleid van de verzekeraar. Daardoor komt in het inkoopbeleid het belang van de patiënt meer centraal te staan. Ook zal ik in de AMvB regelen dat de vertegenwoordiging invloed krijgt op de benoeming van leden van het toezichthoudend orgaan van de zorgverzekeraar. Er wordt bovendien ruimte geboden voor nieuwe vormen van ledenbetrokkenheid, zoals het opzetten van panels en *virtual communities*. Deze AMvB zal eveneens per 1-1-2016 in werking treden.

Laagdrempelig klachtenloket

Voorts zal ik het bestaande loket bij de NZa waar mogelijke overtredingen kunnen worden gemeld klantvriendelijker maken en uitbreiden. Op basis van deze signalen kan de NZa eerder besluiten om het gedrag van een bepaalde zorgaanbieder of verzekeraars nader te onderzoeken.

Verhoging kwaliteit van het zorgaanbod

De kwaliteit van de zorg en het inzicht daarin voor verzekerden en verzekeraars kunnen ook worden verbeterd door de kwaliteitseisen aan

---

[3] Ik zal NZa vragen hiertoe regels op te stellen op basis van artikelen 40 (in het bijzonder de Beleidsregel TH/BR-015 «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014») en 45 Wmg. De naleving van deze regels kan de NZa afdwingen via bestuursrechtelijke sancties.

[4] Met bovenstaande voer ik de motie Slob c.s.(Kamerstuk 33 362, nr. 35) aangenomen tijdens het debat over het bovengenoemde wetsvoorstel in de Tweede Kamer en de motie Kuiper c.s. (Kamerstuk 33 362, nr. N), aangenomen tijdens het debat over het bovengenoemde wetsvoorstel in de Eerste Kamer, uit en geef ik gehoor aan de aanbevelingen van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg «Stem van Verzekerden» (2014).

het zorgaanbod op te schroeven, in het bijzonder in de GGZ-sector. In deze sector is het inzicht in kwaliteit nog beperkt. Ten opzichte van de somatische sector heeft de GGZ een achterstand die met dit kwaliteitsprogramma wordt ingelopen.

Scherpere kwaliteitseisen

Nu aanpassing van artikel 13 Zvw van de baan is, kiest het kabinet de weg van verscherpte kwaliteitsregels en -toezicht. Zodra de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking treedt, zal ik bij AMvB op grond van de Wkkgz nadere eisen stellen om aanbieders van ontoereikende kwaliteit aan te pakken. Deze eisen hebben betrekking op de inhoud van de zorg, zoals het niveau en de samenstelling van het personeel, de verplichting tot samenwerking met ketenpartners en het helder regelen van intern toezicht, waaronder verplichte accreditatie.
Voor de GGZ-sector stel ik aanvullende eisen aan kwaliteit en transparantie over de geleverde zorg. Het gaat in het bijzonder om het verplicht aanleveren van ROM-gegevens aan de Stichting Benchmark SBG, waardoor er meer zicht op de uitkomst van behandelingen komt, het verplichten van een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem en het goed vastleggen van de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar en de overige behandelaren.

Ook treed ik in overleg met de NZa over de mogelijkheid om te verplichten dat informatie over bovengenoemde eisen op de factuur wordt vermeld, inclusief het BIG-registratienummer van de betrokken hoofdbehandelaar.

De voorgestelde eisen in de AMvB op grond van de Wkkgz gelden zowel voor instellingen als voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Mijn inzet is de Wkkgz en de daarop te baseren AMvB per 1 januari 2016 in werking te laten treden. Het wetsvoorstel ligt ter behandeling in de Eerste Kamer.

Scherper toezicht op kwaliteit

Nieuwe zorginstellingen moeten aan de kwaliteitseisen voldoen. De CIBG-toetsing bij toelating van nieuwe aanbieders zal worden verbeterd. Daarnaast is de IGZ in 2014 een pilot gestart om alle toetredende instellingen te controleren spoedig na de start van de zorgverlening. Ik wil de conclusies van de pilot omzetten in staand beleid. Aangezien de aangescherpte kwaliteitseisen uit de Wkkgz direct van belang zijn bij de start van een zorginstelling, wordt de rol van de IGZ verder versterkt met een toetsing of aan de Wkkgz-eisen is voldaan. Met een dergelijke kwaliteitstoets kom ik tegemoet aan een wens die breed in uw Kamer leeft. De verscherpte eisen en de verstevigde toetsing worden per 1 januari 2016 ingevoerd. De capaciteit van de IGZ wordt hiertoe uitgebreid.

Meer kwaliteit in de keten

Bovendien vind ik het belangrijk dat in het belang van de patiënt de Generalistische Basis GGZ veel meer wordt georganiseerd in ketens en samenwerkingsverbanden. Met de introductie van de POH GGZ is een eerste, succesvolle stap gezet. Prikkels zijn nodig tot het leveren van nog meer integrale GGZ in zichtbare samenwerking met andere professionals in de zorg (huisarts, wijkverpleegkundige). Daarom wil ik deze zorg gaan stimuleren door de regelgeving aan te passen. De bekostiging moet zodanig vorm krijgen dat kwaliteit en het leveren van zorg volgens zorgpaden en richtlijnen plaatsvindt en het leveren van zorg samen met andere zorgverleners voorwaardelijk is voor het ontvangen van finan-

ciering van deze zorg. Deze aanpassingen zal ik doorvoeren in overleg met de huisartsen. Ik zal hiertoe de NZa een aanwijzing geven om de prestatiebeschrijvingen en de tariefbeschikkingen aan te passen.

Stringent pakketbeheer

In het regeerakkoord zijn afspraken gemaakt over inhoudelijk beheer van het basispakket. Het Zorginstituut heeft oplopend tot 10 miljoen euro extra geld gekregen om het basispakket systematisch door te lichten op zinnige en zuinige zorgverlening. Dit traject zal worden versneld.

Evenwicht in de sector

Meer contractering kan alleen tot betere contractering leiden als er een gezond evenwicht in de zorgsector bestaat. Dat is ook in het belang van de patiënt en premiebetaler. Uit de evaluatie van de Zvw blijkt dat de 2^{e}-lijnszorg (ziekenhuizen, GGZ-instellingen) een veel sterkere positie hebben dan de zorgverzekeraar, waardoor het risico bestaat dat kwaliteit van zorg en doelmatigheid achter blijven. Dat heeft alles te maken met de omvang van deze instellingen en de alternatieven in de omgeving. Om te voorkomen dat deze verhouding nog schever komt te liggen, met alle gevolgen voor kwaliteit en doelmatigheid van dien, versterkt het kabinet het markttoezicht.

Naar een krachtig markttoezicht

Het sectorspecifieke markttoezicht (de zorgfusietoets en het instrument van de Aanmerkelijke marktmacht, AMM) gaat over van de NZa naar de Autoriteit Consument en Markt. Deze bundeling van kennis zal worden versterkt door het aantrekken van nieuwe mensen met kennis van de gezondheidszorg. De Minister van VWS krijgt de taken en bevoegdheden die horen bij de beleidsverantwoordelijke Minister (AMM, zorgspecifieke fusietoets), waaronder de bevoegdheid om beleidsregels op grond van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen vast te stellen. Er zal worden gezocht naar maximale aanscherping van het beleid. Eén en ander zal worden neergelegd in een werkplan. Binnenkort ontvangt u ook de kabinetsreactie op het rapport van de commissie Borstlap, waarin nader ingegaan wordt op de verdere positionering van taken van de NZa.

De evaluatie van de Zvw constateerde een zeer sterke positie van de zorgverzekeraar tegenover de individuele beroepsbeoefenaren. Het is voor de zorgverzekeraar praktisch onmogelijk om met iedere individuele beroepsbeoefenaar apart te spreken over de kwaliteit en prijs. Daardoor is de situatie ontstaan dat beroepsbeoefenaren standaardcontracten krijgen voorgelegd die ze al dan niet kunnen tekenen, maar waarover geen inhoudelijk gesprek plaatsvindt. Het kabinet werkt voor de volgende contractperiode (2016) – binnen de Mededingingswet – modellen uit waarbinnen het gesprek over inhoud, kwaliteit en service wel kan plaatsvinden.

Een onafhankelijke geschillenbeslechting

Voor conflicten over contractering tussen aanbieders en verzekeraars komt er een onafhankelijke geschillencommissie, analoog aan de bestaande geschillencommissie voor verzekerden en verzekeraars. De geschillencommissie kan toetsen of het contracteren redelijk en billijk verloopt, net als de civiele rechter doet, alleen is een geschillencommissie een meer laagdrempelige route en kan de route naar de rechter worden voorkomen. De bestaande *good contracting practices* kunnen bij de

toetsing door de geschillencommissie als leidraad worden gehanteerd.[5] Door het instellen van een geschillencommissie voor en door verzekeraars en zorgaanbieders, is de gehele driehoek van aanbieders, verzekeraars en verzekerden/patiënten voorzien van geschillenprocedures.

Meer ruimte voor innovatieve contracten

Daarnaast zal het kabinet zorgverzekeraars en zorgaanbieders veel meer vrijheid geven over datgene waarover zij zelf afspraken maken (prestatie-omschrijvingen). Om te zorgen dat veelbelovende innovaties en nieuwe initiatieven gericht op kwaliteit en doelmatigheid sneller kunnen worden ingevoerd, wil het kabinet toestaan dat zorgaanbieders en verzekeraars zelf afspraken maken over zorgprestaties. De NZa ziet toe op een goede benutting van deze ruimte.[6]

Daarnaast zal het kabinet de ontwikkeling van meerjaren contracten stimuleren, wanneer die leiden tot grotere kwaliteitsinvesteringen. Dit zal ook voor beroepsbeoefenaren en kleine aanbieders perspectief geven en biedt ruimte voor nieuwe initiatieven.

Verticale integratie en Zvw-pgb

Zoals uitgebreid in het debat in de Eerste Kamer aan de orde is gekomen, hing het verbod op verticale integratie nauw samen met de aanpassing van artikel 13. Als verzekeraars zelf eigenaar zijn van zorgaanbod en daarbuiten geen andere aanbieders hoeven te vergoeden, zou het stelsel uit evenwicht geraken. Nu artikel 13 ongewijzigd blijft, ligt een verbod op verticale integratie minder voor de hand. Het kabinet zal vooralsnog niet met een nieuw wetsvoorstel komen. Wel komt het kabinet binnenkort met een voorstel het Zvw-pgb wettelijk te verankeren.

Tot slot

De maatregelen om kwaliteit leidend en lonend te maken, om de kwaliteitseisen aan het zorgaanbod aan te scherpen, om de transparantie van de kwaliteit te vergroten en om het evenwicht in de zorgsector te bevorderen vragen om een investering in capaciteit van € 14,5 mln structureel (zie bijlage 1[7]). De budgettaire dekking binnen VWS loopt mee in de reguliere voorjaarsbesluitvorming. Met dit samenhangend pakket aan maatregelen kunnen de financiële kaders van de hoofdlijnenakkoorden worden waargemaakt, waardoor overschrijdingen worden voorkomen in het belang van de premiebetaler. De totale besparingen op de curatieve zorg komen uit op bijna 5 mld structureel (zie bijlage 2[8]).

Het kabinet zal met de partijen van de hoofdlijnakkoorden in overleg treden over de uitwerking van de maatregelen. Met deze en andere maatregelen verbetert het kabinet de kwaliteit en de prestaties van het zorgstelsel en pakt het kabinet onbedoelde effecten – zoals risicoselectie, onnodige volumegroei, fusiedrift en onnodige zorgmijding – aan. Het kabinet stelt de verschillende partijen in staat hun rol nog beter op te

---

[5] De NZa heeft positief gereageerd op mijn verzoek om het inkoopproces van afgelopen jaar te evalueren, waarbij de *good contracting practices* ook zullen worden betrokken.

[6] De Wmg kent nu een verbodsstelsel dat zorgaanbieders en verzekeraars dwingt om landelijk door de NZa vastgestelde prestaties te hanteren. Er mag niet worden gedeclareerd, *tenzij* de NZa een prestatie en tarief heeft vastgesteld. Doordat de prestaties door de NZa vast zijn beschreven, beperkt dit de mogelijkheden voor zorgaanbieders en verzekeraars om zelf afspraken te maken over de inhoud van de behandeling en de wijze waarop de zorg moet worden georganiseerd, bijvoorbeeld meer gericht rond de patiënt.

[7] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

[8] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

pakken: professionele zorgaanbieders die zinnige en zuinige zorg van hoge kwaliteit leveren, concurrerende zorgverzekeraars die voor hun verzekerden zorg inkopen op prijs, kwaliteit en service, goed geïnformeerde verzekerden die gefundeerde keuzes kunnen maken, en effectieve toezichthouders die normen stellen en optreden wanneer dat nodig is. Voor een stelsel waarin kwaliteit leidend is. Voor zorgaanbieders, voor verzekeraars, maar bovenal: voor de patiënt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers